

# 組織學習診斷模式的發展與驗證

## DEVELOPING AND VALIDATING DIAGNOSTIC MODELS FOR ORGANIZATIONAL LEARNING

王思峰 鄭尹茹

東吳大學企業管理系

陳加屏

義守大學企業管理系

陳於志

財團法人百略學習教育基金會

**Sy-Feng Wang Yin-Ju Cheng**

*Department of Business Administration*

*Soochow University*

**Jia-Ping Chen**

*Department of Business Administration*

*I-Shou University*

**E.Y. Chen**

*Microlife Learning Foundation*

### 摘 要

學習型組織或組織學習是一組相當抽象而廣泛的建構集合，學界對於組織學習的定義與理論，仍是眾說紛紜，缺乏一致的認同。以變革理論而言，初始啟動議題的選定，對整個導入或變革過程有相當大的影響，企業如何在這一組紛亂、抽象而廣泛的建構集合中，選擇要先處理何種初始議題、採用什麼理論取向、以何種介入模式為依據，實為一個令企業困惑的問題。本研究參酌國內的實踐經驗，發展出「建立學習型組織」與「讓組織能學習」的診斷模式與評鑑工具，並以六家醫院的資料說明此診斷模式，並進行信度與效度的檢驗。研究結果顯示，此二診斷模式具有一定的信度與效度。企業在引入學習型組織時，或可藉以自我診斷與分析，一方面辨別出自己企業是否適合採取某類的組織學習類型與介入模式，另一方面則可瞭解若採取某類型下，專案推動的成功機率與速度，以及分析出指導專案未來行動的一些方向。

**關鍵詞：**學習型組織、組織學習、診斷模式、個案研究

## ABSTRACT

Learning organization and organizational learning are both consisted of a number of complex constructs. Although a variety of organizational learning models were suggested, little consensus was reached. From the organizational change point of view, the selection of initiative issues are essential for success of change process. How to initiate, i.e., the selections of issues, theories, and intervention models is still unclear for companies. In this study, two diagnostic models and methods were developed for the decisions of the adoption of building learning organization and enabling organizational learning. The methods were validated with six hospital cases which were to participate in a learning organization project. The results of data analysis revealed that the proposed methods were reliable and valid. The results suggest that the diagnostic models and methods could serve as self-diagnostic tools for organizations to select theory bases and intervention models of organizational learning initiatives.

**Key words:** learning organization, organizational learning, diagnostic model, case study

## 壹、緒論

近年來各種對於學習型組織或組織學習的不同學派與不同想法紛紛出現，大量的研究論文持續成長中。然而，大多數的文獻仍然停留在描述性（descriptive）或處方性（prescriptive）的探索或推論中，只有少數文獻是建立於實踐（practice）的基礎上（如 Altman & Iles, 1998; Gardiner, 1999; Iles, 1994; Jacobs, 1995; Leitch, Harrison, Burgoyne, & Blanter, 1996），亦即，對於諸如學習型組織的建構過程、對組織績效之影響、以及相關評鑑研究等實踐課題，仍相當缺乏研究（Ellinger, Ellinger, Yang & Howto, 2002）。

Goh & Richards (1997) 認為，缺乏衡量與評鑑將阻礙到學習型組織的應用與擴散，Ellinger, et al. (2002) 與 Smith

& Tosey (1999) 亦有相同看法。Smith & Tosey (1999) 回顧文獻發現，只有非常少數文獻處理有關衡量學習型組織進展的議題（Leitch, et al., 1996; Gardiner & Whiting, 1997），甚至在學習活動的衡量上亦僅有少數研究（Allen, 1997; Benoit & MacKenzie, 1993; Goh & Richards, 1997; Gardiner & Whiting, 1997），甚至除 Ellinger, et al. (2002) 外，幾無建構學習型組織對於企業經營績效的影響的實證性研究，而且實證的方法亦有所爭議（Baldwin & Danielso, 2002）。

缺乏衡量與評鑑工具，不僅對於企業在評估是否要引進學習型組織時，因缺乏實證性的績效影響研究，而有所影響外。更重要的，學習型組織或組織學習是一組相當抽象而廣泛的建構集合，即使學界對於組織學習的定義與理論，仍是眾說紛紜，缺乏一致的認同（Garvin, 1993; Huber, 1991; Dodgson, 1993;

Popper & Lipshitz, 1998, 2000)。而以變革理論而言，初始啟動議題的選定，對整個導入或變革過程有相當大的影響（Senge, et al., 1999; Kotter, 1995），企業如何在這一組紛亂、抽象而廣泛的建構集合中，選擇要先處理何種初始議題、引入什麼工具、採用什麼理論取向、以何種介入模式為依據，實為一個令企業困惑的問題。而這樣的重要研究議題，其基礎或在於能先根據不同的組織學習類型，發展出不同的診斷模式，才能再據以發展出適當的衡量與評鑑工具。

楊仁壽與王思峰（2002）區分出三種組織學習類型與介入模式：建構學習型組織、讓組織能學習、學習的管理。「建構學習型組織」乃建構 Peter Senge 所定義的學習型組織：為共創願景而共同學習與產生根本改變，因而能不斷擴大其能力，與活出生命意義的組織。「讓組織能學習」則是以病理學（pathology）的觀點，分析與介入：為何組織無法有效學習？或如何去除組織的學習障礙？「學習的管理」則與知識管理密切關連，知識是被視為存量，而組織學習則為影響知識流量的主要因素，乃改變知識存量的質與量之過程或活動。

本研究將建基於此三種模式，進一步地發展出各自的診斷模式與評鑑工具，並以六家醫院的資料說明此診斷模式。以期能讓企業在引入學習型組織時，能藉以自我診斷與分析，並期能有助於學界進一步的理論發展與實證研究。

## 貳、研究方法

本研究所分析的個案，來自參與某財團法人機構推行學習型醫院專案中的六家申請醫院，研究者擔任評選委員。取此樣本的主要原因，乃因在此專案中，研究者有著較充分的時間與機會，獲得較多與較深入的資料，以利於深入地檢驗所提出之診斷模式。在評選過程中，是先於一全國各大醫院院長級所參與的研習會中，安排三小時的學習型組織介紹，而後由參與的院長或副院長勾選是否有意願參與此專案，之後再由學者專家們到有意願的醫院中，以 2~3 小時的時間，對每家醫院進行瞭解與評選。因此，有較寬裕的時間收集到較豐富的訪談資料，以及其人造飾物（artifacts）的觀察資料。另外，由於是由領導者促成這樣的對談，所以醫院中參與對談的人員組成較具多元的豐富性，其中 DEF 三家醫院是以群體方式參與對談，涵蓋不同層級與不同部門的觀點（詳表 1），而研究者亦可從中觀察其群體互動的資料。在研究設計的邏輯方面，本研究乃基於以下假設前提，以進行研究設計。

**假設前提一：**不同的介入模式需要不同的診斷模式。

楊仁壽與王思峰（2002）區分出三種組織學習類型與介入模式：建構學習型組織、讓組織能學習、學習的管理。其並認為，這三種介入模式在診斷階段就已探求不同的資料，而所診斷的產出也是不同的。亦即，不同介入模式本身即隱含地規範了其所需的診斷模式，反過來說，一套診斷模式其背後有其隱含的介入理論與對組織學習定義的假設存在。因此，一套診斷模式難以適用於多個介入理論，不同的介入模式需要不同

表 1 受訪人員與時間

醫院	訪談時間	受訪人員
A 醫院	90.8.29, 10:00~12:00	院長、人事課代理課長
B 醫院	90.8.30, 10:00~12:00	醫務副院長、護理部主任、醫品部專員兩位
C 醫院	90.8.30, 14:00~15:30	醫務副院長、院長室組長
D 醫院	90.9.4, 9:00~12:30	院長、管理部、護理、人事、總務、企劃、會計等主管
E 醫院	90.9.4, 14:00~17:00	院長、醫療副院長、行政副院長、醫務、護理、企畫等主管
F 醫院	90.9.5, 14:00~17:00	醫療副院長、分部院長、護理、醫事、管理、採購、總務等主管

的診斷模式，對此 Edmonson (1996) 與 Redding (1997) 及 Gephart, Marsick, Van Buren & Spiro (1996) 亦有類似的看法，而 Redding (1997) 及 Gephart, et al. (1996) 則進一步認為，需要有更上層的輔助選擇程序，以輔助企業選擇其所適合的診斷模式與工具。

在研究範圍上，本研究所指的診斷模式，並非「上層的輔助選擇程序」，而是在某介入模式下的診斷模式。前者目的在於輔助企業選擇其所適合的診斷模式與介入模式，後者目的則在於辨別該企業是否適合此介入模式、若採用該介入模式未來會遭遇何種變化、以及指導未來的行動方向。此外，在楊仁壽與王思峰 (2002) 所區分出的三種組織學習類型與介入模式中，「學習的管理」之診斷模式與評量工具，已有較成熟的發展（可參：Nevis, DiBella & Gould, 1995; Redding, 1997; Gephart, et al., 1996; Ellinger, et al., 2002; Lipshitz & Popper, 2000），是以研究範圍乃放在「建構學習型組織」與「讓組織能學習」的診斷模式上。

**假設前提二：**假如診斷模式是有外在效

度的，那麼其不應只能適用於單一個案。

個案研究的外在效度（external validity）並非採用統計式概化，而乃建基於複現邏輯上（Yin, 1994）。亦即，假如診斷模式是有外在效度，那麼其不應只能適用於單一個案，而應能複現於其他個案上。因此，在研究設計上，乃應用「建構學習型組織」診斷模式於 ABC 三家醫院，應用「讓組織能學習」診斷模式於 DEF 三家醫院，以驗證診斷模式是否能複現於不同的組織<sup>1</sup>。

**假設前提三：**假如診斷模式是有內在效度的，那麼其應具有一定的辨別力與預測力，能提供選擇與行動的指導。

模式的內在效度（internal validity），端視其達成模式目的之程度而定（Sternman, 2000）。診斷模式之目的，或在於以其辨別力與預測力，提供選擇與行動的指導。亦即，診斷模式是否能辨別出組織與介入模式間的配適度？診斷模式是否可預測出組織日後推行專案將面臨的一些事件、癥候、變化或行為？

診斷模式是否可預測或指導出專案需要採取的行動方向？這些問題或意謂著進行類型比對、時序型態分析等內在效度的檢驗（Yin, 1994）。

以企業的角度而言，企業關切於：我們企業適合於哪一種介入模式？以外來顧問或評鑑者的角度而言，則關切於：在所認定（或擅長）的介入模式下，哪一家企業比較適合或符合此介入模式？然而，不論哪一種角度，一個有內在效度的診斷模式，應能辨別出組織與介入模式間的配適度。亦即，只要診斷模式能區別出某組織與某介入模式間的配適度，那麼這配適度的資料，可提供企業角度在選擇介入模式之用，也可以提供外來顧問或評鑑者在選擇或評價組織之用。同理，不論研究設計的設定，是採企業角度，或採外來顧問或評鑑者角度，皆不會影響到診斷模式的效度。

由於真實世界中，研究者受委託的任務，乃由三家醫院篩選出最適合推行學習型組織的一家醫院，而且由於診斷模式的操作需要時間，同一家醫院無法同時進行三種診斷模式。因此，研究設計上乃先固定一介入模式與其隨屬的診斷模式，而後收集三家醫院的資料，再篩選出一家最適合施行該介入模式的醫院。這樣的設計，對於檢驗診斷模式的內在效度而言，邏輯上似乎並不會有影響。

**假設前提四：** 假如診斷模式是有信度的，那麼不同診斷者選擇的結果應當是相同的。

個案研究最重要的信度標準，乃不同研究者依循相同方法與程序，是否會

得到相同的結果（Yin, 1994）。假如診斷模式是有信度的，那麼理論上誰來作選擇，都應有相同的選擇。為測試診斷模式的信度，本研究請十二位企管系大四同學當複評者，將其分為四組，複評前先施以六小時的訓練，使其瞭解評鑑所使用的介入模式與診斷模式，而後發給各組訪談醫院的原始訪談記錄，請其在一週內，根據這些原始訪談記錄與診斷模式，為各醫院進行診斷與評鑑，排列出三家醫院的選擇順序。

此外，ABC 醫院的診斷模式主要依賴訪談法，DEF 醫院的診斷模式則大量地運用觀察法，由於觀察的資料難以原樣重現，所以上述的信度檢驗程序，僅施行於 ABC 醫院上。DEF 醫院的信度檢驗，則改採多觀察者的研究設計，包括第一作者、兩位專家（國內學習型組織領域知名的百略企業之高階主管）與一研究生，於事後會議討論中，以三角檢核的方式，討論與確認彼此的觀察與選擇。

## 參、「建構學習型組織」的診斷模式

### 一、所根基的介入模式

「建構學習型組織」基本上是規範取向或理想取向的，楊仁壽與王思峰（2002）乃採取 Senge（1990）的定義。其介入模式如圖 1 所示，包含四個部份，第一個部份是行動性因素，包括組織學習能力的訓練與學習機制的設計與執行，第二個部份是組織學習內涵，包括

個人、團隊、與組織三個層次，並希望組織能夠產生根本改變（profound change）（Senge, et al., 1999），第三個部份是支持性因素，如組織文化、結構、領導...等等。當組織能有效地設計與執行學習機制以及學習能力的訓練計劃，加上有利的支持性因素，將促使組織在個人、團隊、與組織層次的學習內涵發生轉變，這些轉變並會回饋影響行動因素的有效性並增強支持性因素，而形成持續學習與轉變的學習型組織，而這樣的轉變過程中，初期效果將顯現在先導專案的績效上（第四部分），其後對整體組織績效產生影響。

## 二、診斷模式

如前文所述，不同介入模式本身即隱含地規範了其所需的診斷模式，亦即，一套診斷模式背後有其隱含的介入理論與對組織學習定義的假設存在。圖 2 即為根據圖 1 介入模式所轉化的診斷模式。該模式以投入產出的方式呈現，投入面為所需收集的資訊群落，產出面則為診斷模式之目的，亦即產出一些診斷結果，而且這些結果要能滿足前文三種效度要求，中介轉換則為資料分析的過程，並以產生三個建構為轉換依據。

在投入面的資訊收集上，圖 1 介入模式的四塊變數群，分別代表四個可以收集資訊的群落，但以「支持性因素」、「學習內涵」為主要的收集重點。在「建構學習型組織」定義下，本介入模式在動機上即框定為追求 Senge（1990）的學習型組織願景，因此「學習內涵」代表的是意欲追求的願景，而不是需要診斷的現況。是以，所需收集的資訊乃該組

織對學習型組織願景的理解與推行學習型組織專案的動機，並非學習內涵的現況。同理，由於「學習內涵」本身即可為專案目的，「績效面」推行學習型組織附加產生的自然結果，因此在初步的診斷中，「績效面」也不是初始的資訊收集重點，它代表的是未來專案推行後，檢驗專案成效的落後指標。

動機反映出追求學習型組織願景的承諾度（意願層面），但仍需診斷該組織的能力層面，其中包含兩類因素：組織面的支持性因素，以及專案執行面的關鍵成功因素。前者即圖 1 介入模式中的「支持性因素」，是組織長期運作下的產物，為行動因素影響學習內涵的重要權變因素，在圖 1 的介入模式中，是以漸進式變革的介入策略，透過學習內涵的改變，間接的影響這些長期體質，再回饋回學習內涵與行動因素的投入，透過漸次的擴散，形成自主性的蝴蝶效應。

而這樣蝴蝶效應之產生機率與速度，或為「組織現況與學習型組織願景距離」的函數，以及同時受到組織「推行專案的能力與困難度」的影響。因此，除衡量組織的支持性因素現況外，亦需同時衡量一些「專案關鍵成功因素」的狀況。對「專案關鍵成功因素」的衡量診斷，亦有助於「行動因素調整」的診斷產出。雖然圖 2 介入模式中的「行動因素」是較可以制式化（如先架構出先導群體與先導專案，再以工作坊逕切入學習能力的訓練，再鼓勵先導群體自發性地設計與建立配合先導專案之學習機制），但是，瞭解該組織原本在各種專案的展開與執行能力，將可幫助對行動因素的快慢、涉入深度與細部設計之調整。

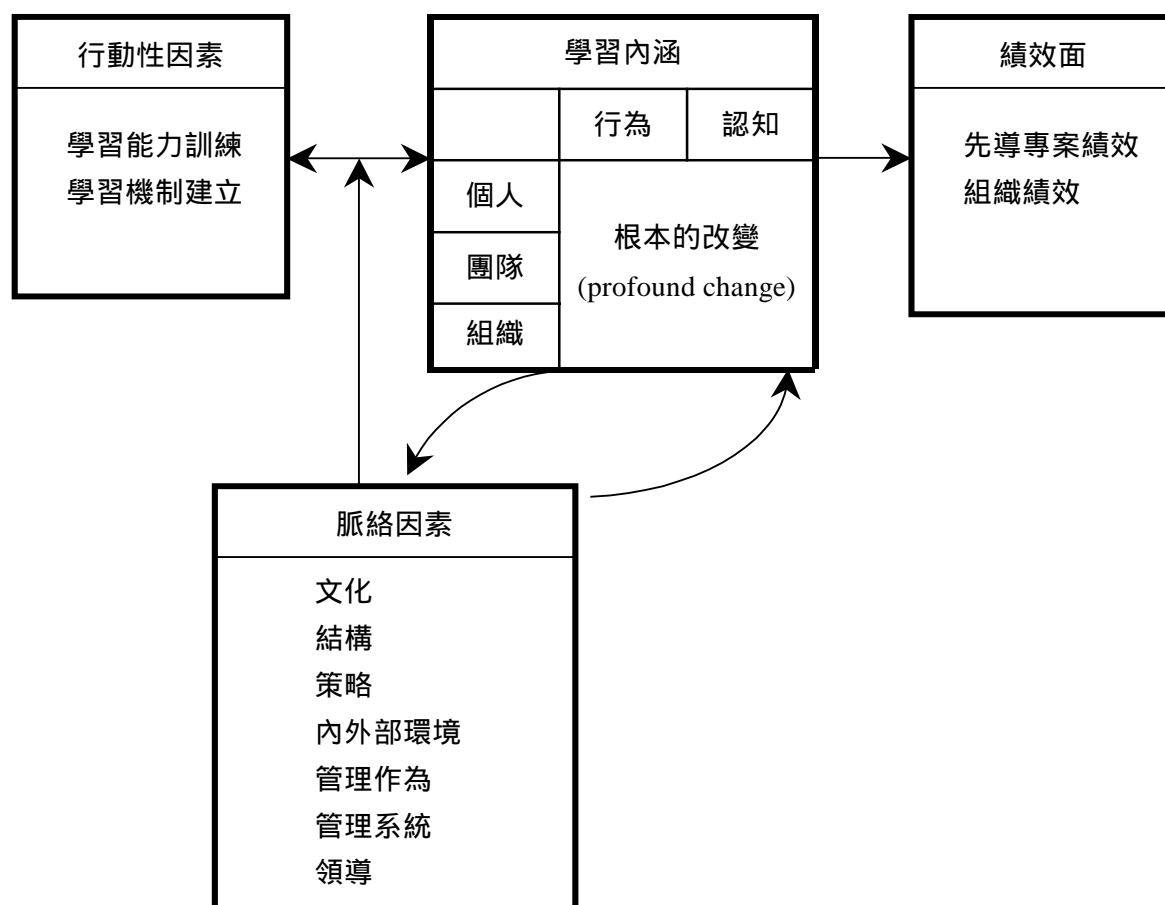


圖 1 建構學習型組織的介入模式

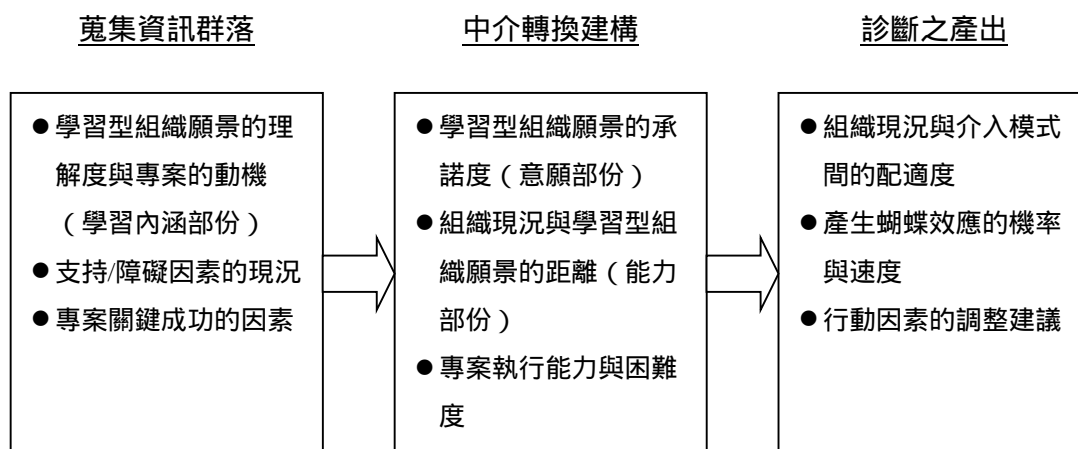


圖 2 建構學習型組織的診斷模式

對個案組織的意願 (will) 與能力 (can) 的瞭解，將是本診斷模式的重要選擇依據，不論是企業選擇是否採取本介入模式，或外來評鑑者或顧問選擇是否將介入模式套用於此個案企業，選擇的主要準則乃該組織與本介入模式的配適度。亦即，個案組織是否對學習型組織願景有一定瞭解與承諾？個案組織以該模式運作的成功機率與速度又為何？一般而言，前者是比較難以判別的，因為牽涉到信奉理論與使用理論的差距，這樣的差距甚至領導者自己也沒有清楚的覺察。訪談所得大多為領導者的信奉理論，領導者真正的使用理論，則需透過較長時間的行為觀察。因此，當無法有效判別個案組織對學習型組織的承諾時，最低的檢驗標準則是該組織的學習型組織支持者、發動者與領導者對學習型組織的理解程度，並可將較高的評鑑權重放在成功機率與速度上。

### 三、資料收集

ABC 三家醫院的資料收集方法，程序上以半結構式的訪談進行之，時間約兩小時，受訪者則設定為該組織學習型組織專案的發動者（促成此訪談的主要領導者）、支持者（組織中具影響力、且支持學習型組織專案的領導者）。當最高領導者是發動者或支持者的理想狀況下，其應參與此次訪談。另外，未來可能承辦的主要專案人員，亦應出席參與。訪談則依照下列七個啟動問題 (trigger question) 進行之：

1. 談一下貴公司推行學習型組織的目標，包括短期與長期。

2. 談一個貴公司曾經推動過的改革專案，當中的推動方式、過程、結果，以及通常高階主管在當中的角色為何？
3. 目前有無要配合學習型組織專案進行的專案？
4. 請描述貴公司在進行重大決策時的過程。
5. 如果在推動學習型組織專案時，碰到學習與工作時間分配的衝突時，會怎麼處理？
6. 如果在推動學習型組織專案時，碰到反對的力量時，會怎麼處理？
7. 說明目前企業最需改變之處？以及專案可提供諮詢輔導之處。

訪談是半結構化的，訪談者由受訪者的回答中，再根基於腦海中圖 2 的架構，再深入地透過探詢以追蹤之。更詳細的追蹤構面，則如表 2 所示，可分為意願與能力兩大類，以及共十七項構面。意願類的包括：對學習型組織的理解、專案動機、承諾；能力類則包括兩個子群與十四個構面，(1)組織面的支持性因素：領導人與領導作為、以身作則的問題、文化、結構、管理作為與系統、內外部環境、組織規模與年齡，(2)專案面的關鍵成功因素：員工素質、承辦人員的能力與熱誠、沒有時間的問題、無法連結到工作成效的問題、支持者的影響力、變革的經驗、資源豐富性。

### 四、資料分析與結果



資料分析採「樣版式分析法」(Template Analysis Style)，即採用一分析大綱為樣版(template)(即表2的類別與構面)，進行分類分析，此法必須一再地回到文本(text)去檢視、修訂，再將文本安放在詮釋的架構內加以表達(Miller & Crabtree, 1992)，其如表2中的文本編碼所示。

經由分析，三家醫院在意願(will)類別上，其基本的指標--對學習型組織的理解--都有限，因此該類因素之權重應放得最低(表2)，甚至不應擺入評鑑時的考量，所以以下分析皆忽略此因素。如表3所示，C醫院在各類別與各構面的得分幾都是最低的，故其最早被篩選掉，主因為「C醫院的領導與管理型態和學習型組織非常不同，不一定需要走學習型組織的方向」(引自原評鑑報告)。亦即，這並非反映出該組織績效不佳或管理不佳，而只是該組織與本介入模式間的配適度較低而已。

在A醫院與B醫院的比較上，如表3所示，原評鑑者(s0)與另四組複評者(s1~s4)皆認為，A醫院在「組織面的支持性因素」有較B醫院為高的得分，相反的，A醫院在「專案面的關鍵成功因素」之得分則較B醫院為低。因此，可據以預測，假如A醫院推行學習型組織專案，其在本質上「組織現況與學習型組織願景距離」雖較近一些，但由於較缺乏「推行專案的能力」、有較高的「推行專案的困難度」，因此，其產生蝴蝶效應的機率雖或較B醫院為高，但是其產生速度將較慢，A醫院應要對此時間滯延做好心理準備。所以，在行動上建議A醫院：「要確定院長的影響力，能否動用資源，包括人與錢，以及能否號召同仁

參與，自己也能以身作則」(引自原評鑑報告)。

另一方面，若B醫院推行學習型組織專案，其雖在「執行專案能力與困難」較A醫院為佳，但由於其「組織現況與學習型組織願景距離」較遠一些，因此，其產生蝴蝶效應的機率將較低些。因此，行動上建議B醫院：「由某個參與意願高的部門先試行」(引自原評鑑報告)，亦即選擇一個「現況與學習型組織願景距離」較近的部門或群體，以提高專案成功的機率，而後再由先導群體擴散至整體組織上。

最後，茲考量「組織面的支持性因素」乃長期所形成，短期較難改變；而「專案面的關鍵成功因素」則為中期因素，較有克服的可能。所以，前者或應賦予較高的權重，後者的權重則較低(表2)。因此，最後如表3所示，在賦予權重後，原評鑑者與四組複評者皆建議以A醫院為第一優先考量。

## 五、信度與效度測試

為測試診斷模式的信度，本研究請十二位企管系大四同學當複評者，將其分為四組，複評前先施以六小時的訓練，使其瞭解評鑑所使用的介入模式與診斷模式，而後發給各組訪談醫院的原始訪談記錄與表2的樣版，請其在一週內，根據這些原始訪談記錄與表2樣版，為各醫院進行診斷與評鑑，排列出三家醫院的選擇順序。

複評的結果如表3與表4所示。表4顯示了在各構面上，五組評鑑者(原評鑑者s0與四組複評者s1~s4)之相互同

表 2 A 醫院的分析結果

類別	構面	文本編碼	評分 (1~5)	權重
意願	對學習型組織的理解	院長對於學習型組織的理解有限。(面談前才接觸過相關的文章)	略	低 (三家皆理 解有限)
	專案動機	院長希望透過這樣的專案來塑造正面的組織學習文化。	略	
	承諾	院長對該專案相當重視且積極的去爭取。(姑且不論動機或目的)	略	
能力：組織面的支持或障礙因素	領導人與領導作為	院長自陳採取授權賦能的領導方式，且訪談過程中，院長會主動詢問同仁對某些問題的看法，同仁也會主動補充院長的看法，符學習型組織的精神。	3	高 (長期因素、短期難改變)
	以身作則的問題	由於領導人的理念較接近學習型組織的精神，因此預判較可能可以以身作則，表現符合學習型組織的行為。	3	
	文 化	雖然組織仍未形成學習型組織的文化，但有此潛力。如院長授權賦能的領導作風，以及希望透過這樣的專案導入，讓組織成員在溝通時能清楚別人的想法及目的，而不是用推測的；全員參與；清楚說明自己的想法同時接受別人的想法等，均符合學習型組織想要建立的文化。	3	
	結 構	醫院仍未形成繁文縟節的高正式化結構，且為扁平、分權結構，部門劃分也不像其他兩家醫院複雜。	3	
	管理作為與系統	院長強調員工的成長與發展、鼓勵開放地溝通問題、給予員工提出新想法的自由。	3	
	內外部環境	醫院短期之內並沒有營運方面的危機，仍有盈餘，無明顯強烈的競爭。	3	
	組織規模與年齡	該院成立時間僅五年，員工數約 300 人，在三家醫院中屬年輕、規模小，且訪談發現，醫院仍未形成穩定、難以動搖的結構與文化。	5	
意願：專案面的關鍵成功因素	員工素質	醫院為專業機構，應有一定的人力素質。但私立醫院不像公立醫院對人員甄選有一定的標準。	4	中 (中期因素、較可克服)
	承辦人員能力與熱誠	承辦人員在訪談過程會主動提出如何成功推動的問題，但並無成功的類似專案承辦經驗。	3	
	沒有時間的問題	一般醫院在上班時間均忙碌，但該院較特殊的是下午時間門診量少很多，可以有空閒時間來從事額外活動。	3	
	無法連結到工作成效	這項問題在各醫院應該是一樣的。	3	
	支持者的影響力	全力支持專案者為院長，應具有一定程度的影響力。	3	
	變革的經驗	該院曾在推動 TQM 上有失敗的經驗。	2	
	資源豐富性	該院因震災而花費頗多的復建支出。	2	

說明：當分數給 3 時，表示找得到正面資料，但由於資料有限，不宜做過分樂觀的判斷。

表 3 三家醫院的比較

	A-s0	B-s0	A-s1	B-s1	A-s2	B-s2	A-s3	B-s3	A-s4	B-s4	C-s0	C-s1	C-s2	C-s3	C-s4
組織面支持 障礙因素	23	14	24	22	18	17	19	13	19	16	8	14	7	10	7
專案面關鍵 成功因素	20	21	19	25	13	17	13	16	13	17	14	8	6	7	6
合計	43	35	43	47	31	34	32	29	32	33	22	22	13	17	13
加權平均	22.4	15.4	23.0	22.6	17.2	16.8	17.8	13.6	17.8	16.2	9.2	12.8	6.8	9.4	6.8

註 1：A, B, C 表三家醫院；s0 為原評鑑者，s1, s2, s3, s4 則為企管系大四的四組複評者

註 2：加權權重，組織面支持障礙因素 80%，專案面關鍵成功因素 20%。

意度平均達 0.73（最高 1）。其中組織面的支持性因素的相互同意度較低（0.63），而專案面的關鍵成功因素的相互同意則較高達 0.83。這或由於組織面的支持性因素較為抽象，較易有不同的解讀；而專案面的關鍵成功因素則較為具體，容易判別。因此，後續研究可考慮，或將 1~5 的每個尺度上標註更清楚的說明，或是將組織面的每個構面予以註解或細分為子構面，以提高信度。

此外，表 3 顯示，若只採十四個構面原始分數的加總，作為選擇的方式，那麼 s1, s2 將選擇 B 醫院，而 s0, s3 將選擇 A 醫院，而 s4 則因分數相近而難以作選擇。因此，表 2 中的權重欄，是診斷模式中相當重要的一環。賦予權重時，或許以下準則將有利於提高權重賦予的信度：

1. 當組織對學習型組織理解有限時，則意願（will）類的權重應最低，甚至忽略。

2. 組織面的權重應較專案面的權重為高。

3. 當組織對學習型組織理解高時，應嘗試繼續釐清攸關決策者對學習型組織的動機或承諾度（使用理論層次），當動機與承諾度亦為高時，那麼意願（will）的權重或應與能力（can）的權重等同。

4. 當無法客觀判定權重時，以社會判斷理論（social judgment theory）（Hammond et al., 1975），可由組織的領導者與決策者，透過討論與對談，主觀地賦予權重。

就效度而言，首先在外在效度上，本研究所提議的診斷模式確可適用於三家醫院，應具有一定的複現邏輯（Yin, 1994）。其次在內在效度上，研究結果亦顯示，該診斷模式具有一定的辨別力與預測力，能提供選擇與行動的指導。譬如，辨別出 C 醫院並不適合於建構學習型組織之介入模式，辨別出 A 醫院的現

況與學習型組織願景的距離最近，雖然在執行專案上將有較高些的困難，但其與介入模式的配適度，是較 B 醫院為高的。在預測力方面，診斷模式一方面可預測出 A 醫院產生蝴蝶效應的機率較 B 醫院為高，但其速度將面臨較長的時間滯延。另一方面，診斷模式亦可預測或輔助指導行動方向：B 醫院應選擇離學習型組織願景距離較近的先導群體開始，日後再擴散至整體組織，而 A 醫院則需確認或加強其在專案面關鍵成功因素的掌握，以提高成功的機率，並縮短專案的時間滯延。

最後，檢驗效度之另一指標，乃視模式所預測或建議的事項，是否與未來真實世界所發生的事件一致。由於目前的學習型醫院專案正在進行中，尚未到適當的檢驗時機，因此後續研究可就此點再加以驗證。

## 肆、「讓組織能學習」的診斷模式

### 一、所根基的介入模式

「讓組織能學習」是病理學（pathology）觀點的，首要探討：為何組織無法有效學習？如何去除組織的學習障礙（楊仁壽、王思峰，2002）。而人際內隱的使用理論（Argyris & Schön, 1978）、動態複雜的錯誤知覺（Senge, 1990; Sterman, 1989a, b）、深層文化假定的不一致或不協調（Schein, 1992, 1996）、變革的抗拒與焦慮（王思峰、蔡靜萍、林于荻, 2001; Schein, 1999b）皆為

組織無法學習的深層學習障礙由來，且分別代表著相當不同的學派或領域之觀點與研究取向（Edmonson, 1996; 楊仁壽、王思峰，2002）。這些學習障礙是相當普遍存在的，只是這樣的深層障礙是否會嚴重到障礙了組織的覺察力與行動力，進而影響組織的績效。這些深層學習障是較難以覺察的，因此行動因素上包含診斷即介入的覺察與浮現型態，以及更進一步的重新設計與學習。情境因素則包含權力及政治生態、主要客戶群所處的環境系統、以及其與介面之吸收轉化能力。

### 二、診斷模式

如前文所述，不同介入模式本身即隱含地規範了其所需的診斷模式，亦即，一套診斷模式背後有其隱含的介入理論與對組織學習定義的假設存在。圖 4 即為根據圖 3 介入模式所轉化的診斷模式。該模式亦以投入產出的方式呈現，投入面為所需收集的資訊群落，包括：學習障礙現況、經營管理現況與問題、情境因素現況。產出面則為診斷模式之目的，亦即產出一些診斷結果，包括：組織與介入模式的配適度；解除學習障礙的重要性、急迫性、機率與速度；深入診斷的方向。中介轉換則為資料分析的過程，並以產生三個建構為轉換依據，包括：學習障礙與經營績效間的初步因果假說、行動因素與學習障礙間的初步因果假說、以及專案的可操作性。

在「讓組織能學習」定義下，圖 3 介入模式採病理學取向，目的在於去除妨礙組織效能的學習障礙因素。亦即，組織或多或少都有學習障礙，但是否要

表 4 各構面的相互同意度

類 別	構 面	相互同意度	平 均
組織面之支持/ 障礙因素	領導人與領導作為	0.4	0.63
	以身作則的問題	0.6	
	文化	0.8	
	結構	0.8	
	管理作為與系統	0.4	
	內外部環境	0.6	
	組織規模與年齡	0.8	
專案面之關鍵成 功因素	員工素質	1	0.83
	承辦人員的能力與熱誠	0.8	
	沒有時間的問題	0.8	
	無法連結到工作成效的問題	0.8	
	支持者的影響力	0.6	
	變革的經驗	1	
	資源豐富性	0.8	
平 均		0.73	

註：分成  $A > B$ ,  $A = B$ ,  $A < B$  三類，五位編碼者對 A 與 B 醫院的比較，將各自落於這三類中。將三類之最高次數除以五，即五位編碼者間的相互同意度。

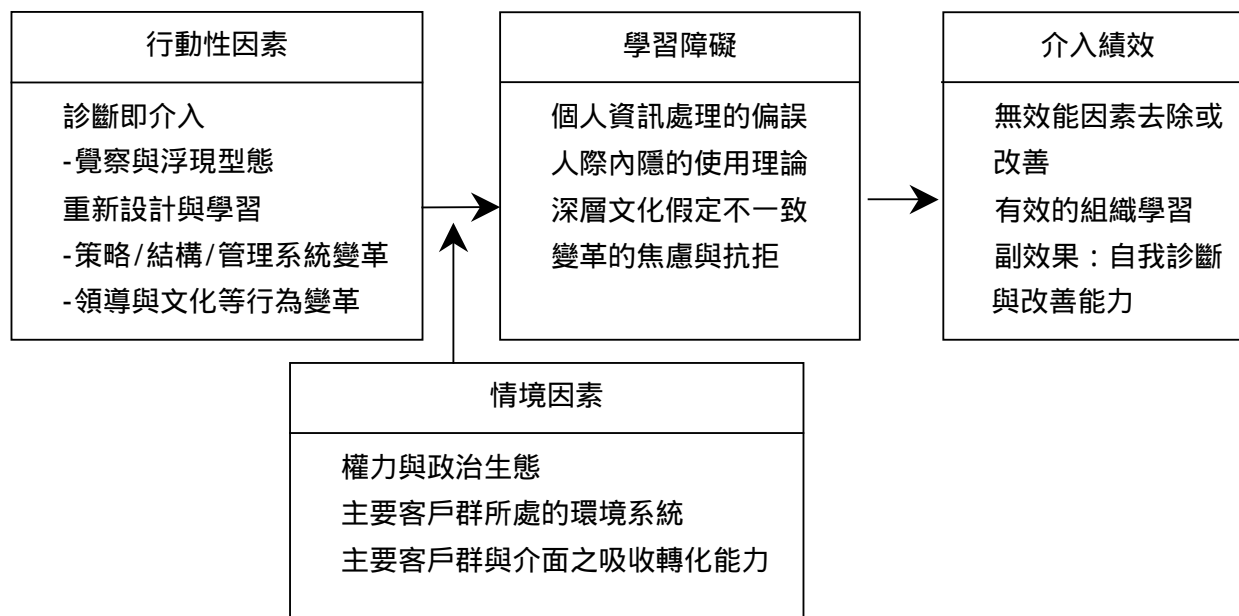


圖 3 讓組織能學習的介入模式

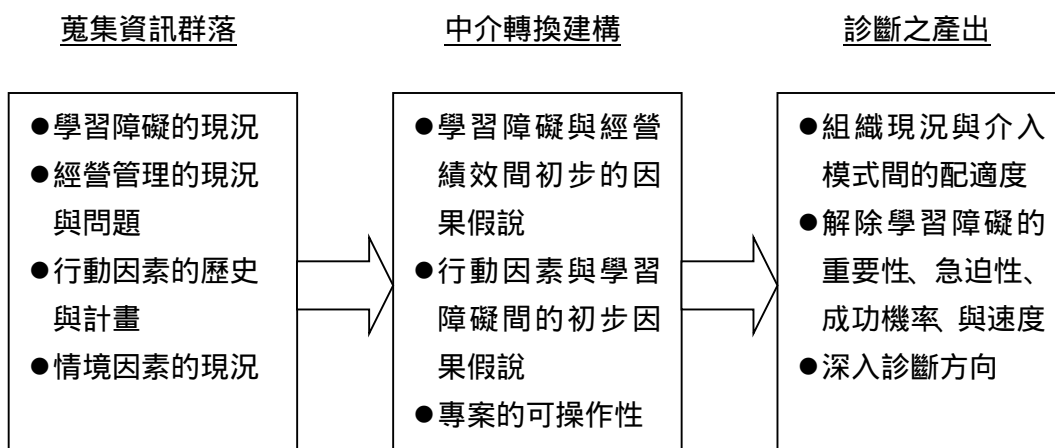


圖 4 讓組織能學習的診斷模式

採取行動，則端視其學習障礙影響組織效能的程度而定。因此，在投入面的資訊收集上，圖 4 介入模式的四塊因素，皆為重要的資訊收集群落，但以學習障礙現況、經營管理現況與問題為優先收集的群落。收集這兩個資訊群落之目的，在於透過資料分析的的中介轉換，建構出學習障礙與組織效能間的初步因果假說。當這個初步假說是不明顯、不重要、或難以成功操作時，那麼或即代表該介入模式並不配適於該組織。

另外，辨認出學習障礙後，皆下來是嘗試辨認出如何改變學習障礙的假說，亦即建構出行動因素與學習障礙間的初步因果假說，以及診斷出情境因素對此因果假說的權變影響。行動因素的資訊來源，或來自組織過往曾採取的行動以及未來計畫採取的行動，或來自診斷者本身的學理與方法的知識。其中，前者亦為診斷學習障礙的深層性與強度之重要資訊來源。此外，對情境因素現況的資料收集，將有助於辨別專案的可執行性，譬如，當組織內的權力與政治

生態愈惡劣時，組織學習的相關工具與方法就愈難有成效；或者當愈能較清楚地辨認出專案的主要客戶群（擁有學習障礙的群體，可能是全體組織、高階團隊、中低階群體等）（Schein, 1999）時，將能愈清楚地分析該主要客戶群與專案介面人員的吸收轉化能力，以及主要客戶群所處的環境系統特性，這些分析不但有助於得知專案的可操作性，亦有助於行動性因素的設計與介入。

然而，行動因素、學習障礙與情境因素間的初步假說，其在診斷的優先順序上，是低於學習障礙到組織效能間的因果假說的。邏輯上，只有當後者成立時，才需進一步診斷前者。而且更重要的，「讓組織能學習」介入模式的本質即為一行動學習循環，如此方能較正確地辨認出深層而複雜的學習障礙。因此，在時間有限的初步診斷中，所能與所應產出的診斷結果，一為提供是否要進行深入診斷過程的粗略判定，另一則為深入診斷方向的先期指引。是以，能辨認出學習障礙到組織效能的初步因果假

說，乃本診斷模式的首要任務，行有餘力與時間，則再收集其他的資訊。

總之，透過建構出學習障礙到組織效能間初步假說、以及行動因素、學習障礙與情境因素間的初步假說，將是本診斷模式的重要選擇依據。不論是企業選擇是否採取本介入模式，或外來評鑑者或顧問選擇是否將介入模式套用於此個案企業。選擇的主要準則乃該組織與本介入模式的配適度，亦即，該組織的學習障礙是否嚴重與急迫地影響到其組織效能？解除此學習障礙的可操作性、成功機率與改變速度又為何？要精確判定這些問題，是需要投入大量的研究資源，以進入不斷的反思、選擇與行動之行動學習循環。然而，究竟是否要投入此研究資源，本身即為一個重要選擇。因此，就成本效益而言，企業需要一個概略的診斷模式，以產出粗略地判定與選擇，本診斷模式的功能正在於此。

### 三、資料收集

DEF 三家醫院的資料收集方法兼採訪談與觀察，時間約三小時，訪談採非結構式的群體會談，會談群體則設定為組織中學習型組織專案的發動者（促成此訪談的主要領導者）與組織自行選擇的經營管理團隊，約 6~12 人間。主要訪談者四人則來自兩類單位：百略企業的總經理與副總經理、學界教授一位、研究生一位，分工上前者為主要訪談者，較偏重收集「經營管理現況與問題」與「行動因素之歷史與計畫」之資訊群落，後者為主要觀察者，較偏重於收集「學習障礙現況」與「情境因素」。會談

結束與中間休息時，四位訪談者間會彼此交換與比對訪談與觀察的資料。

會談的進行採非結構性的開放式討論，彼此先對此次會談的角色與功能，各自作一番概略陳述，引出一些進一步想法，再深入地討論之，並視情況隨時調整會談的設定與議題。雖然是機動性的非結構會談，但仍以圖 4 診斷模式為中心，會談中不斷出現下列主題：

#### （一）經營現況與問題：

包含一些經營績效指標（如：佔床率、人事費用比例、營業額、醫師生產力、主治醫師數、總床數、電腦化程度、競爭者等）組織現面臨的問題與困擾、採取的行動與計畫、組織的優勢與競爭力、組織的願景或目標等。

#### （二）動機與目的：

雙方彼此詢問一些有關動機與目的的問題（Schein, 1999a），譬如，本會議的目的為何？為何申請這個專案？預期誰參與此專案、誰需要改變（主要客戶是誰）？學習型組織如何運用在醫院？效益為何？

#### （三）供需撮合的面質性探詢（confrontive inquiry）（Schein, 1999a）：

雙方彼此詢問與回答一些問題點與可能解答。有時是組織提出一些問題讓訪談者提出可能的方向或方案；有時是訪談者提出一些看法，再由醫院成員回應此看法在組

織內的意義；有時則為醫院成員間彼此面質問題與意見。

#### (四) 專案行動方面：

雙方彼此詢問一些專案進行的意願、成功因素、投入資源等。有時是訪談者詢問醫院成員，譬如領導者的支持程度、不同群體的支持與投入意願、雙方彼此的信任；有時則為醫院成員各自陳述立場與意願等；有時則為醫院成員詢問訪談者的意願、扮演角色與投入等。

在觀察的資料收集方面，主要透過觀察群體互動與組織文化兩大類的資料。群體互動方面依 Schein (1999a) 所提出之人際互動的觀察架構進行觀察，包括：誰發言？次數與時間？表情與肢體？誰在誰之後發言？誰與誰發言的彼此支持度？座位安排？各發言在整體的功能為何？角色為何？程序由誰掌控？誰歸納？誰決策？如何決策？人際互動的氛圍？群體規範為何？群體邊界又如何？

組織文化的觀察則依圖 5 的文化分析架構 (Schein, 1992) 來觀察，分為三種層次：

##### (一) 人造飾物 (artifact)：

可見的組織架構與過程，如：群體中可見的行為、空間、擺設，以及該行為成為習慣性動作的組織歷程。此層次的文化特點為易於觀察、難以解讀，因此若單就人造物就要推論深層假設是相當危險的。上述在群體互動的觀察，即為本層次的重要資料來源，另外在參訪該

醫院時，對各種實體的觀察亦為重要的資料來源。

##### (二) 信奉價值 (espoused values)：

日復一日的運作原則，並教導著群體成員們的行為，如策略、目標及哲學觀。必須注意的是，由群體學習歷程而來的價值觀將具有預測人造飾物的許多行為，然而，若非經此歷程所產生的價值觀，則有可能只是 Argyris & Schön (1978) 所稱之信奉理論 (espoused theory)，此種價值觀僅可以用於預測組織成員於不同情境下的「回答」，但可能抓不準於實際情境中將如何「實際因應」。會談中的訪談資料即存在有本層次的資料，另外組織的次級文件中亦為資料收集的來源。

##### (三) 基本假定 (basic underlying assumptions)：

潛意識的、視為理所當然的一組彼此互鎖 (interlock) 的假定，它是價值與行動的終極來源。基本假定如同 Argyris & Schön (1978) 所稱之使用理論 (theories-in-use)，它是看不見的，但又實際操縱著行為，告訴群體成員如何去知覺、思考，以及感覺事情的正確方式，是極端難以改變。

研究者乃收集有關人造飾物、信奉價值的資料，再由人造飾物與信奉價值的反覆比對中，方能浮現無法直接觀察與收集的文化基本假定。此外，兩位主要觀察者皆熟悉 Schein 的程序顧問與文化之觀察架構，並盡量於當日撰寫觀察



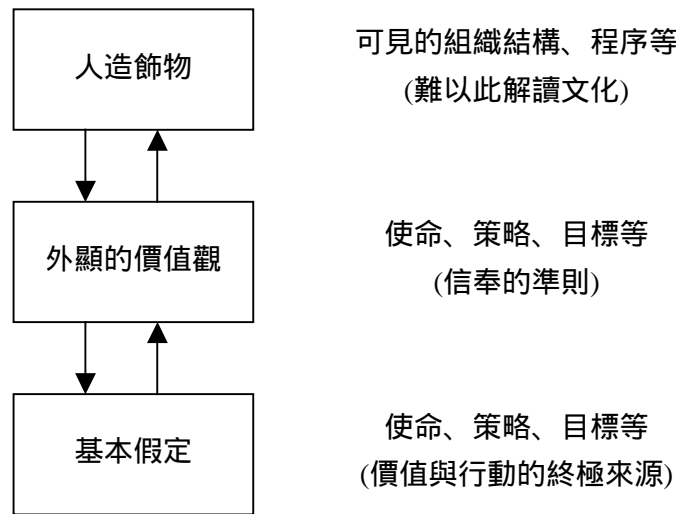


圖 5 文化的層次

報告，而後再進行三角檢核。

#### 四、資料分析與結果

資料分析採「融入/結晶化分析」(Immersion / Crystalization Analysis Style)，此法為研究者長期在文本和經驗之間來回檢視，經過不斷地洞察經驗的融入和新的頓悟，以使其文本最後型塑成可報導之詮釋型態 (Miller & Crabtree, 1992)。採用此分析法，乃因「讓組織能學習」此介入模式的定義與本質。「讓組織能學習」假設組織中存有一些組織並不那麼清楚覺察的學習障礙，這些潛藏的學習障礙室礙了組織的效能，然而組織卻難以自我覺查到這些深層而隱晦的學習障礙。因此，在資料收集的過程中，並無法直接收集到明確界定的學習障礙，因為在本質上，學習障礙就是潛藏的、未清楚覺察的。是以，

診斷模式的核心，就是要辨識與建構出該組織學習障礙的初步假說，而這樣的辨識與建構過程，較適合採用來回檢視與領悟的融入與結晶分析過程。表 5 即為融入與結晶後的「可報導詮釋型態」，摘自原評鑑報告中對 E 醫院的文化解析。

表 5 的文化解析架構有二，一如圖 5，由人造飾物與信奉價值間的資料，反覆的分析與對比後，以期抽出組織的深層文化假定。然而，真的要抽出精練而周延的文化假定，需要長期深入觀察該組織 (Schein, 1992)。初步診斷模式的運作，並無此等條件。因此，在分析的融入與結晶過程中，研究者領悟到，Schein (1996) 所提議的三種文化成份分析，相當適合於初步解析 DEF 三家醫院的深層文化假定。亦即，乍看之下 DEF 三家醫院的現象差異甚大，但是其深層的部份，卻是肇因於相同的底層結構：三種文化成份的不協調。

Schein (1996) 認為，組織之所以無法有效地學習、創新與擴散，很可能是因為組織的三種文化次系統間的不協調。而三種文化次系統包括：經營文化 (executive culture)、工程專業文化 (engineering culture)、與運轉文化 (operator culture)。若以此觀點來檢視醫院，醫院中的工程專業文化或可稱為「醫療專業文化」，其主要的社群成員為醫師、專技人員（如麻醉師、藥師）等，其認同的對象為其專業（如心臟專科），對組織的認同相對較低，其參考群體為同樣的專業人士，其所重視或深藏的基本假設，主要來自其專業的訓練與參考群體的認同，較少來自單一組織。譬如，若醫師的訓練與同儕群體深層地信仰與認同「濟世救人」，那麼當高階經營層以利潤或成本來要求醫師時，或將產生深層的文化衝突；或如，醫師工作的心理建設上，若普遍認同「去情緒化」或「去個人化」（譬如不幫自己的親屬開刀、避免對病人涉入太多情感以免無法長期負荷等），那麼該群體的世界觀，將較偏向以抽象性的醫療因果關係與統計性質來看待世界，病患個案則不是關切的焦點。又，現代醫學對醫療行為的基本假設，乃建立於測量、解析與化學性與物理性處方，而這或讓此社群偏好於線性與簡單因果關係、量化資料，也偏好於盡量將醫療系統盡量程序化與制式化（譬如臨床路徑），只要是符合正規程序，是哪個人執行都差別不大（people free），並盡量切割各種次程序到最細微、最專業化，最好是能夠完全排除人類的主觀或不穩定的介入。

第二種文化則為「經營文化」，其主要社群成員為董事會、院長與高階經營

管理層，此社群成員由於其所處的位置，使得不論其背景是否為醫療專業，皆須將財務、成本、效率、效能、競爭、生存、成長、獲利等，放在重要的考量。這樣的位置與角色，傾向於讓其成員產生「孤獨英雄」的自我形象，此社群看到外在環境變遷對組織的壓力，或基於經營績效的外來或自我設定，而著急地想要設定出指標、數據、改善與變革，以求生存、成長或獲利，但是組織內部成員似乎有些不合作或者無能，而經營者無法掌握狀況與方向的焦慮，讓其愈來愈依賴抽象性的程序、規則、流程與制度，來管理或控制組織的方向。能夠了解與認同這樣觀點的參考群體，是在組織外的經營者社群，經營者們彼此比較交換情報、並彼此比較，經營者的自我認同與成敗的定義，也傾向於某種程度依賴於此社群的評價與比較。另外，去個人化也是隨之的自然產物，「人本身是目的」的比重似乎下降，「組織法人是目的」的比重上升。

第三種文化為「運轉文化」，是最難定義與描述清楚的，其主要社群成員或為護士、中、低階管理者、各部門員工等。基本上運轉文化的社群成員，是實際運轉各種業務的人員，其所看到的世界中，組織不論如何還是由人所組成的，組織的運轉是要依賴於人去操作與落實的，而組織各功能是彼此相互依賴的，必須靠人際之間的合作來完成任務。規則、程序與流程無法規範所有的情況，需要靠人與人之間的合作、協商或妥協來運轉，而組織內部運作的程序知識與人際網絡知識，是生存的必要條件，也是成事的核心所在。在這種世界中，人不是抽象的，而是活生生的，每

個人的情緒、性格與態度，都是世界的現實。由於距離實際操作最近，其可能知道理想的運作是如何，也知道更有效的流程與工作方法，但組織中來自經營文化、醫療專業文化、以及運轉文化中的每個接觸節點，都不斷地拉扯著，不斷地失去平衡、又嘗試重建平衡，而動態平衡的現實，卻也永遠離理想有段距離。有時，一些參與式管理專案，讓一些改善出現、績效進步；有時，卻又曇花一現；更有些狀況下，形成冷漠、反彈或嘲諷。

就表 5 的 E 醫院而言，E 醫院的文化系統主要由「醫療專業文化」與「運轉文化」兩個次系統所組成，「經營文化」次系統的成份則相對偏低。醫療專業文化與運轉文化兩個次系統的搭配基本上似乎是屬良好的，可能主要是透過愛與服務的核心價值，串連起這兩個次系統，但似乎仍有一些潛在的問題，訪談中院長與副院長約略提到：當然還是有困難與問題；沒有那麼好。但未能更深入追問其意思。

就策略雄心的角度而言，E 醫院在過往歷史中，並未有高的策略雄心，反映在其建築物、設備與人力資源上，原則上雖有進步與改善，但相較其他醫院卻緩慢許多。然而，近一兩年 E 醫院因外在的一些機會，董事會與醫院高層決定要把握機會進行醫院的升格。假如 E 醫院不思改變、環境亦無變化，那麼原先的文化組合或是穩定而有效的。經營文化雖弱，但在穩定的環境與穩定的組織格局下，並不需要太強的經營文化，只要醫療專業文化與運轉文化能良好協調即可。然而，在升格目標追求，以及日趨競爭激烈的環境下(E 醫院已預見新

競爭者的出現)，如此的經營文化次系統較弱之組合，就可能不再有效了。因此，或可推測 E 醫院在邁向升格目標的途徑中，可能因文化不協調產生一些學習障礙的隱憂，干擾或室礙著其組織的發展與改變。譬如，電腦化時員工的抗拒；開始加強著重績效與成本時，醫療專業與經營文化間的潛藏衝突；甚或在高階人事佈局時一些敏感又隱諱的潛藏緊張。

當以文化解析辨認其可能的學習障礙後，即可與其他資料，共同建構診斷所需的中介轉換建構，表 6 即為 E 醫院的診斷與評鑑結果。若以「讓組織能學習」介入模式來檢視 E 醫院，可發覺其能比較清楚地辨認與建構出學習障礙到組織效能間初步假說，以及行動因素、學習障礙與情境因素間的初步假說。而且，初步判定該組織的學習障礙對其組織效能（升格目標）的影響是屬重要迫切的。專案的可操作性、成功機率與改變速度雖尚待進一步診斷與釐清，但是，在愛與服務的核心價值下，似有較高的成功可能。因此，E 醫院與本介入模式的配適度是較高的，故其在三家醫院中有最高的輔導優先順序。

就 D 醫院而言，D 醫院在經營文化與醫療專業文化間，似存在有著不協調與緊張關係。譬如，當一經營文化取向的主管在使用各種經營管理語彙討論時（如區隔定位、市場競爭、成本效益、績效指標等），另一主管以語重心長的口吻說道（之前表情凝重，肢體語言為不太注意或不耐煩，並甚少發言）（D 醫院觀察記錄）：「大家談這些，不要忘記了我們醫院創立是稟持著精神，是要重視病人，是要視病猶親」，說完時現

表 5 對 E 醫院的文化解析

人造飾物	<p>第一眼看見 E 醫院內外部的建築與設施，感覺是是陳舊而簡單的，空間不太，但似乎盡力地在此條件下，佈置了一些簡單但用心的海報、布幕與裝飾，參觀所見也一再呈現出硬體的簡陋，以及在此簡陋下的巧思與用心。院長帶領參觀時，走在曲曲折折的走道上，遇到的員工們臉上的表情是溫馨的，員工與院長、副院長的互動相當自然，不講究排場，沒有多餘的繁文縟節與禮儀。</p> <p>會談中有人進來請示院長，但討論仍舊流暢進行，當詢問一些醫院的管理指標時，各部門自然地接口回答，不會先看院長。討論時，目光焦點是均勻地移轉，發言的先後也沒有明顯的主席操控，議題的發起也算均勻地配置於各管理者，不會以院長為中心，但感覺上大家相當尊重院長的發言與意見，但不是請求裁示的目光或語意。討論中的一個例子或許相當地反應出 E 醫院的組織氣氛，行政副院長於訪談中，不斷的詢問我們將如何進行此專案以及類似專案在企業進行成果如何，而在另一家醫院亦有類似的詢問。然而在另一家醫院時，對這樣詢問的回答與互動比較有些情緒或意圖的隱藏，而在 E 醫院時，雙方說話的口吻就溫和與和婉了許多，甚至行政副院長直問我方有無信心執行此專案時，訪談者亦沒有感覺到被攻擊。這些 artifacts 或許反映著其組織氣氛偏向開放與尊重等，但創新或求變的氣氛似乎稍低些。</p>
信奉價值	<p>討論過程中，有兩類語言的語意訊息，或相當程度地反應出其信奉的價值。第一類口語是諸如服務、愛、奉獻等，E 醫院與會的每個人時常在話中提及這些口語訊息，並不斷地重複地自然出現著，譬如：「要照顧與幫助其他偏遠的小醫院，所以聯合採購是」。第二類口語訊息是反向的，亦即，相當少出現與管理或經營有關的語彙（譬如成本、效率、利潤、績效指標等），或者不熟悉於訪談者所說管理語彙，譬如，對其未來醫院升格的目標，比較以「應該要」的被動性詞彙，而非是使用擴張、雄心、成長等主動性字眼。又如，當討論焦點移向策略一段不短的時間後，院長才漸漸地回憶其在國外的一些經驗，並連結到方才討論的一些語彙，譬如：「有些東西我不是聽得很了解，以前我在國外時參加過」。</p>
基本假定 (文化不協調的學習障礙)	<p>若以 Schein 的三種文化當文化分析的樣板，來解析以上資料，那麼很明顯的，E 醫院的文化系統主要由「醫療專業文化」與「運轉文化」兩個次系統所組成，「經營文化」次系統的成份則相對偏低。醫療專業文化與運轉文化兩個次系統的搭配基本上似乎是屬良好的，可能主要是透過愛與服務的核心價值，串連起這兩個次系統，但似乎仍有一些潛在的問題，訪談中院長與副院長約略提到：當然還是有困難與問題；沒有那麼好。但未能更深入追問其意思。</p> <p>此外，假如 E 醫院不思改變、環境亦無變化，那麼這樣的文化組合或是穩定而有效的。然而，在升格目標追求與日趨競爭激烈的環境下，如此的經營文化次系統較弱之組合，就可能不再有效了。因此，或可推測 E 醫院在邁向升格目標的途徑中，可能因文化不協調產生一些學習障礙的隱憂，干擾或窒礙著其組織的發展與改變。</p>

表 6 E 醫院的診斷評鑑結果

中介轉換建構	底層文化結構	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 醫療專業文化與運轉文化搭配良好。</li> <li>● 經營文化偏弱，不足以支持所設定的目標與未來環境。</li> </ul>	
	學習障礙初步假說	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 邁向升格目標時，推測可能因文化不協調產生一些學習障礙隱憂，干擾或窒礙其組織的發展與改變。</li> <li>● 願景經營與變革、高階團隊匯談或可解除、減輕其學習障礙。</li> </ul>	
	專案的可操作性	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 解除學習障礙時，愛與服務的核心價值或為相當有利的基礎。</li> <li>● 尚未釐清權力與政治生態，但在愛與服務的核心價值下，或應不會有顯著干擾。</li> <li>● 尚未釐清介面與主要客戶。</li> </ul>	
診斷產出	組織與介入模式的配適度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 能比較清楚地辨認與建構出學習障礙到組織效能間初步假說，以及行動因素、學習障礙與情境因素間的初步假說。而且，初步判定該組織的學習障礙對其組織效能（升格目標）的影響是屬重要與迫切的。專案的可操作性、成功機率與改變速度雖尚待進一步診斷與釐清，但是，在愛與服務的核心價值下，似有較高的成功可能。</li> </ul>	
	解除學習障礙重要性、急迫性、機率與速度	重要性	● 學習障礙對其升格目標的影響，應屬重要。
		急迫性	● 升格行動已相當緊迫
		解除機率	● 在愛與服務的核心價值下，似有較高的成功可能
		解除速度	● 視介面與主要客戶的吸收轉化能力、以及障礙的性質而定
	深入診斷的方向	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 需進一步訪談所有高階人員，再觀察其高階會議，從中一方面釐清介面人員、主要客戶、權力與政治生態，另一方面則與其介面與領導者，共同界定主要議題與專案計畫。</li> <li>● 可能探討方向：主導升格行動的機制與人員為何？其如何發展升格行動計畫？此發展功能有效與否？為何有效或無效？目前行動中所面臨的障礙為何？</li> </ul>	

場一片寂靜，直到訪談者以緩頰打破沈默。而群體討論近尾聲時，一訪談者公開地揭露其觀察，並給了些建議，其認為：醫院中似乎潛藏著一些緊張關係，應該舉辦好幾場深度匯談。對這樣的觀察，與會者沒有人反駁，私下的場合有些人則以開玩笑的口吻做某種程度的回應。

D 醫院在三家醫院的輔導優先順序上是最後的，其主要理由有二。首先，雖然 D 醫院在行動性因素到學習障礙間的因果假說是較清晰的（以深度匯談化解醫療與經營間的緊張），但是其學習障礙到經營績效面的因果假說則是含混不清。組織中存在有衝突是相當常見的，而且衝突也有其正面的價值與效益。然

而，當無法辨認出緊張衝突究竟對什麼任務或什麼功能產生什麼負面影響時，驟然處理此緊張衝突，不僅成本效益上難以衡量，而且因未取得組織內的社會正當性，這樣的驟然介入是不易成功的（Schein, 1999a）。其次，D 醫院在醫療與經營文化間的緊張，有可能僅是不同認知觀點在長期誤會累積下的認知衝突，也可能是權力或政治生態下產生的利益衝突。前者是組織學習手法可以幫忙的，後者則是組織學習無法處理的情境因素。因此，在情境因素的不確定下，專案的成功機率也就因而更不確定。因此，進一步的診斷方向，首要在於釐清上述兩個議題，這時方能確認 D 醫院與本介入模式間的配適度。

F 醫院的經營文化似較運轉文化強勢些，或造成二者間某種程度的不協調（醫療專業文化因資料不足難以判定）。「像飯店般的服務」乃 F 醫院所欲帶給消費者的印象，創辦人背景為醫師，但其頭銜為總裁，由會議室的各種展示可看出，總裁與商界、政界關係良好，並且相當重視競爭定位、差異化與策略雄心。總裁並沒有出席此次討論，由醫療副院長與一群中高階管理者參加，會談中的資料顯示，「F 醫院對管理意志與任務的有效達成是相當有效能的，重視交付任務與目標、重實際不虛言浮誇」（評鑑報告）。而且，「討論中浮現的語彙，大都與管理語彙較相關，而與醫療相關之語彙則較少出現」（評鑑報告）。初步界定的專案議題為「管理團隊之團隊力量匯聚」，相關的語彙包含：「某種程度之本位主義、總部與分院的權責議題、高階與中階的管理中斷或執行斷層、平行溝通、折筷子的隱喻、有

效執行達成任務、但不清楚為何要達成此任務等」（評鑑報告）。而且，這些議題的急迫性與嚴重度都並不是太高。

F 醫院的議題是企業常見的典型議題，組織成長到一定規模以上，常見到這些慢性的癥狀，譬如，中低層的自我創新與改善行為，較不易自發性的出現；上到下的垂直溝通體系較部門間的水平溝通發達；垂直溝通則無法全然有效地貫穿全組織，產生某種程度的資訊扭曲、資訊遺漏、或執行落差；而水平溝通與系統整合上，則會有一些矛盾、妥協或緊張存在；依賴強而有力的領導中心。以 Mintzberg (2000) 的觀點而言，這些「溝通障礙」是組織演化到一些穩定類型後的宿命，除非重大的內外部環境變化，造成重新選擇組織類型的機會，否則這些溝通障礙是只能減輕，而無法解除的。亦即，F 醫院在行動因素學習障礙——經營績效間的因果影響，每個環節可以改變的幅度並不是太高，因此，其重要性、急迫性、成功機率與速度，皆不是很高。或許，以增強核心能力的「學習管理」是更配適於 F 醫院的介入模式；或是採用諸如組織設計、平衡計分卡等其他管理手法，而不一定要採用組織學習。

## 五、信度與效度測試

讓組織能學習的診斷模式中大量地運用觀察法，由於觀察的資料難以原樣重現，所以 ABC 醫院的信度檢驗程序，無法施行於此。本診斷模式的信度檢驗，主要依賴於多研究者的三角檢核設計。在 DEF 醫院個案中，研究者包括學界教授與研究生各一與產業界兩位專

家，這樣的多元觀點有助於資料收集與分析上保持客觀，此外，學界兩人於集體會談時偏重於觀察，業界兩人則偏重於訪談法，以避免認知負荷過重引發的偏差。訪談中與事後，四位研究者亦採三角檢核的方式，盡量討論與確認彼此的觀察與選擇。

除多元觀察者外，保持信度的另一三角檢核方式，就是使用不同的理論觀點檢視相同的資料（Yin, 1994）。在讓組織能學習的介入模式中，人際內隱的使用理論（Argyris & Schön, 1978）、動態複雜的錯誤知覺（Senge, 1990; Sterman, 1989a, b）、深層文化假定的不一致或不協調（Schein, 1992, 1996）、變革的抗拒與焦慮（王思峰、蔡靜萍、林于荻, 2001; Schein, 1999b）皆為組織無法學習的深層學習障礙由來，且分別代表著相當不同的學派或領域之觀點與研究取向（Edmonson, 1996; 楊仁壽、王思峰, 2002）。本研究依 Edmonson（1996）之建議，先採用 Schein 的文化觀點進行初步的診斷，然後於深入診斷階段時，再採諸如 Senge 或 Argyris 的其他觀點，以多元的理論觀點重新審視與診斷組織的學習障礙，一方面作為確保信度的機制，另一方面則本即為該診斷模式的精神。

亦即，本研究建議「讓組織能學習」的診斷與介入模式，宜應採取如新產品開發一般的分階段與分關卡的模式（stage-gate model）（Cooper, 2001），第一階段先投入一些研究資源，再於關卡中選擇是否要繼續深入診斷，而後投入更多研究資源，並於第二關卡中再次地參與式選擇，顧問或組織乃以如 Schein（1999a）所言的心理契約的形式，皆有

著在更深入前的選擇權利與義務，如此的過程應一直延續到介入階段的結束。畢竟在本質上，學習障礙即是深層而難以覺察的，而且又相當可能出現一些具威脅性或困窘的狀況，因此研究者與組織皆須不斷開放地以各種觀點進行探索，然而這樣的探索是相當耗費資源的，因此有必要建立一種階段關卡的機制，以平衡風險與效益。

以階段關卡觀點而言，本文之診斷模式屬於開始階段（但可延伸至後階段），因此在功能上所需的辨別與預測效度，先天上本即較低。然而如研究所示，該診斷模式在內在效度上，仍具有一定的辨別力與預測力，能提供選擇與行動的指導。譬如，辨別出 F 醫院較不配適於讓組織能學習之介入模式，其更適於採用學習管理的介入模式。辨識出 D 醫院在經營文化與醫療專業文化間存在有著不協調與緊張關係，而其與本介入模式的配適度，則端視情境因素與對經營績效影響之進一步釐清而定。在預測力方面，透過診斷模式的分析，可推測 E 醫院在邁向升格目標的途徑中，可能因文化不協調產生一些學習障礙的隱憂，干擾或窒礙著其組織的發展與改變，而診斷產出亦提供了進一步深度診斷方向的指引。

此外，檢驗內在效度之另一指標，乃視模式所預測或建議的事項，是否與未來真實世界所發生的事件一致。研究者於其後對 E 醫院進行了更深入的診斷與介入過程，結果顯示，當初的推論是成立的，E 醫院確實存在有一些深層的學習障礙，妨礙著其邁向升格目標。簡言之，一群用意良善的人們，卻因內隱使用理論的誤會與第一型使用理論的行

為，造成了如 Abilene 矛盾的無效群體行為 (Harvey, 1974)，使其在邁向升格目標時，需花費較多時間與資源於內部之協調、溝通與計畫上。

最後，就外在效度而言，本研究所提議的診斷模式確可適用於三家醫院，或應具有一定的複現邏輯 (Yin, 1994)。細部而言，本研究認為，圖 4 之診斷模式較具有概化性，應可適用於醫院以外的組織。相對而言，Schein (1996) 的三種文化成份分析雖相當適於分析國內的醫院組織，但在國內企業的情境下，是否如美國企業中有較強工程專業文化，抑或是僅以經營與運轉文化為主，則尚待進一步的研究。

## 伍、結論與管理意涵

學習型組織或組織學習是一組相當抽象而廣泛的建構集合，學界對於組織學習的定義與理論，仍是眾說紛紜，缺乏一致的認同。以變革理論而言，初始啟動議題的選定，對整個導入或變革過程有相當大的影響，企業如何在這一組紛亂、抽象而廣泛的建構集合中，選擇要先處理何種初始議題、採用什麼理論取向、以何種介入模式為依據，實為令企業困惑的問題。而這樣的重要研究議題，其基礎或在於能先根據不同的組織學習類型，發展出不同的診斷模式，才能再據以發展出適當的衡量與評鑑工具。

本研究依據先前文獻所提出的組織學習介入模式，並參酌國內的實踐經

驗，發展出「建立學習型組織」與「讓組織能學習」的診斷模式與評鑑工具，並以六家醫院的資料說明此診斷模式，並進行信度與效度的檢驗。研究結果顯示，此二診斷模式具有一定的信度與效度。

本研究的結果在管理理論與實務上的貢獻計有以下幾點，第一，本研究所發展的診斷模式可以提供企業與顧問在導入組織學習時的診斷參考，藉以辨別出導入之企業是否適合採取某一類型的組織學習，以便採用適當的介入模式。第二，診斷模式提供組織學習專案推動的成功機率與速度的判斷，以及分析出指導專案未來行動的一些方向。此外，在後續的理論或實務研究方面，除可進一步探討個別診斷模式，藉以提昇模式與評鑑工具的信度與效度外，亦可根據此診斷模式，嘗試發展更為方便使用的評鑑量表，以便使未來的實務或理論的研究更有效率。另外，本研究假設醫院的產業特性並不會影響到診斷模式，亦即，不論醫院、企業或其他類型的組織，皆可用相同的診斷模式，後續研究或可注意此假設成立與否。

## 註 釋

1. 這並不表示 ABC 三醫院適用「建構學習型組織」模式、DEF 三醫院適用「讓組織能學習」模式，純粹是隨機的選擇而已。

## 參考文獻



## 一、中文部分

1. Mintzberg, Henry 著，上官譯(2000)，閔茲柏格談管理，中天。
2. 王思峰、蔡靜萍與林于荻(2001)，以系統思考擴充 P C 模式：臨床取向的個案研究，商管科技季刊，2(2)，195-231。
3. 楊仁壽、王思峰(2002)，組織學習的三種介入模式，商管科技季刊，3(4)，249-274。

## 二、英文部分

1. Allen, C. (1997). Evaluating the benefits of learning. In J.A. Cook, D. Staniforth & J. Stewart (Eds), The learning organization in the public services. Gower, Aldershot.
2. Altman, Y., & Iles, P. (1998). Learning, leadership, teams: Corporate learning and organizational change. Journal of Management Development, 17(1), 44-56.
3. Argyris, C. & Schön, D. (1978). Organizational learning: A theory of action perspective. MA: Addison-Wesley.
4. Baldwin, T. T & Danielson, C. C. (2002). Invited reaction: Linking learning with financial performance. Human Resource Development Quarterly, 13(1), 23-29.
5. Benoit, C.A. & MacKenzie, K.D. (1993). A model of organizational learning and the diagnostic process supporting it. The Learning Organization, 1(3).
6. Cooper, Robert G. (2001). Winning at new product: Accelerating the process from idea to launch (3rd Edition). Perseus publishing.
7. Dodgson, M. (1993). Organizational learning: A review of some literatures. Organization Studies, 14(3), 357-394.
8. Edmonson, A. C. (1996). Three faces of Eden: The persistence of competing theories and multiple diagnoses in organizational intervention research. Human Relations, 49(5), 571-595.
9. Ellinger, A. D., Ellinger, A. E., Yang, B., & Howto, S. W. (2002). The relationship between the learning organization concept and firms' financial performance: An empirical assessment. Human Resource Development Quarterly, 13(1), 5-21.
10. Gardiner, P (1999). Soaring to new heights with learning oriented companies. Journal of Workplace Learning, 11(7), 255-265.
11. Gardiner, P. & Whiting, P. (1997). Success factors in learning organizations: An empirical study. Industrial and Commercial Training, 29(2), 41-50.
12. Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. Harvard Business Review, 73(4), 78-91.
13. Gephart, M. A., Marsick, V. J., Van

- Buren, M. E., Spiro, M. S. (1996). Learning organizations come alive. Training & Development, 50(12), 34-44.
14. Goh, S., dt Richards, G. (1997). Benchmarking the learning capability of organizations. European Management Journal, 15(5), 575-583.
15. Hammond, K. R., Stewart, T. R., Brehmer, B., & Steinmann, D. O. (1975). Social judgment theory, In M. F. Kaplan & S. Schwartz(Eds.), Human judgment and decision processes, (pp. 271-312). NY: Academic.
16. Harvey, J. B. (1974). The abilene paradox: The management of agreement. Organizational Dynamics, 2(1).
17. Huber, G. P. (1991). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. Organizational Science, 2, 88-115.
18. Iles, P (1994). Developing a learning environment: Challenges for theory, research, and practice. Journal of European Training, 18 (3), 3-9.
19. Jacobs, R. (1995). Impressions about the learning organization: Looking to see what is behind the curtain. Human Resource Development Quarterly, 6(2), 119-122.
20. Kotter, J.P. (1995). Leading Change. Harvard Business School Press.  
中譯：邱如美譯(1998)，企業成功轉型 8 Steps，天下文化。
21. Leitch, C., Harrison, R., Burgoyne, J., & Blanter, C. (1996). Learning organizations: The measurement of company performance. Journal of European Industrial Training, 20(1), 31-44.
22. Lipshitz, R. & Popper, M. (2000). Organizational learning in a hospital. The Journal of Applied Behavioral Science, 36(3), 345-361.
23. Miller, W. L. & Crabtree, B.F. (1992). Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. In Crabtree & Miller (Eds.), Doing qualitative research (pp. 3-28). Newbury Park CA: Sage.
24. Nevis, E. C., DiBella, A. J & Gould, J. M. (1995). Understanding organizations as learning systems. Sloan Management Review, 36(2), 73-85.
25. Popper, M., & Lipshitz, R. (1998). Organizational learning mechanisms: A structural and cultural approach to organizational learning. The Journal of Applied Behavioral Science, 34(2), 161-179.
26. Popper, M., & Lipshitz, R. (2000). Organizational learning: Mechanisms, culture and feasibility. Journal of Management Learning, 31, 181-196.
27. Redding, J. (1997). Hardwiring the learning organization. Training & Development, 51(8), 61-67.

28. Schein, E. H. (1992). Organizational culture and leadership (2nd Edition). San Francisco: Jossey-Bass.
- 中譯：陳千玉譯(1996)，組織文化與領導（第二版），五南。
29. Schein, E. H. (1996). Three cultures of management: The key to organizational learning. Sloan Management Review, 38(1), 9-20.
30. Schein, E. H. (1999a). Process consultation revisited: Building the helping relationship. Mass: Addison-Wesley.
31. Schein, E. H. (1999b). The corporate culture survival guide. San Francisco: Ossey-Bass.
32. Senge, P. M. (1990). The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Doubleday.
- 中譯：郭進隆譯(1993)，第五項修練：學習型組織的藝術與實務，天下文化。
33. Senge, P., C. Roberts, R. Ross, B. Smith, G. Roth & A. Kleiner (1999). The dance of change. New York: Doubleday Currency.
34. Smith, P. A. C. & Tosey, P. (1999). Assessing the learning organization: part 1 - theoretical foundations. The Learning Organization, 6(2), 70-76.
35. Sterman, J. D. (1989a). Modeling managerial behavior: Misperceptions of feedback in a dynamic decision making experiment. Management Science, 35(3), 321-339.
36. Sterman, J. D. (1989b). Misperception of feedback in dynamic decision making. Organizational Behavior and Human Decision Process, 43, 301-335.
37. Sterman, J. D. (2000). Business dynamics: Systems thinking and modeling for a complex world. Boston: Irwin McGraw-Hill.
38. Yin, R. K. (1994). Case study research: design and method (2nd Edition). Sage Publications, Inc.

2002 年 06 月 20 日收稿

2002 年 07 月 01 日初審

2002 年 09 月 11 日接受